ARES - Azienda regionale della salute
Data: 20/05/2022 10:34:44 NP/2022/0001502

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA S
NP 2022/1502 del 20/05/2022 ore 10,34
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass.: Dipartimento del Farmaco
Class.: 1. Fasc.: 48 del 2022

Nuoro, 20/05/2022 prot. n._____

Al Resp Dipartimento Farmaceutico Dr.ssa N.A. Dicara

e p.c.

al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
loro sedi

AREA SOCIO SANITARIA LOCALE di NUORO
DIRETTORE GENERALE
Dott. Paolo Cannas

Farmacia Ospedaliera
P.O. "S. Francesco"
Nuoro
Tel. 0784240528

Farmacia Ospedaliera
P.O. "S. Camillo"
Sorgono
Tel. 0784623328

Oggetto: acquisto kit diagnostico per analisi istologiche

Vista la richiesta del Direttore ff della SC di anatomia patologica del P.O. San Francesco di Nuoro, che si allega alla presente, si chiede autorizzazione all'acquisto tramite Area Giuridico Amministrativa della ASL di Nuoro del kit diagnostico CINtec® della ditta Roche, utilizzato in modo complementare allo strumento di analisi per l'identificazione del biomarcatore p16 sulle biopsie cervicali.

In attesa di riscontro si porgono
distinti saluti

I Dirigenti Farmacisti - SC Farmacia Ospedaliera – P.O. San Francesco

Dott.ssa Pietrina Deiana

Dott.ssa Paola Chessa assente

Dott.ssa Sara Sanna

Dott. Giuseppe Mulargia

Dott.ssa Laura Donatella Gavina Milia

PARERE
FAVOREVOLE

IL DIRETTORE DIPARTIMENTO DEL FARMACO
Dott.ssa Ninfa Antonia Di Cara

MODULO RICHIESTA ACQUISTO BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)
(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero

Oggetto: **Richiesta d'acquisto**
N.B.: ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: __Anatomia Patologica HSF Nuoro_____;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: __Dottoressa Luisa Canu_____;

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parte di non interesse) e a tal fine si dichiara che **non vi sono procedure di gara aggiudicate/contratti attivi ATS/ASSL**, che quanto richiesto **non è reperibile nei magazzini aziendali** (economali, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o **non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica**;

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015 si no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
6	1161318	06594441001	N.D.	CINTEC HISTOLOGY KIT
			W01030711	

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:

a) In primis, il bene/servizio/apparecchiatura NON deve essere di rilevanza ATS (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASSL Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ATS, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per servizi sanitari), SC Acquisti Servizi Non Sanitari (per i servizi non sanitari), SC Ingegneria Clinica (per le apparecchiature/attrezzature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ATS.

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ATS, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)

N.B.: Specificare, obbligatoriamente, quantità, codice AREAS, CND/RDM/REPERTORIO

5) Trattasi di bene **DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE**, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 **si** **noX**

In caso affermativo specificare DITTA __**ROCHE DIAGNOSTICS SPA**_____ **e relativo COD. PRODOTTO** 06594441001

6) Richiesta per lotto unico si no ; più lotti si no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI PER DETERMINAZIONI ISTOLOGICHE (BIOPSIA CERVICO-UTERINA)

8) COSTO PRESUNTO: ____**EURO**__1200__**circa** € 12.000,00

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Anatomia Patologica
Dirigente Medico
Dott. Luigi Dile

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

_____

N.B.: *Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzi la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento ai fini del buon esito stesso della richiesta.*

PARTE RISERVATA ALLA *Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro* (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

_____

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)

_____

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento ella richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

_____

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

_____

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE ASSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASSL 3 Nuoro

_____

IL DIRETTORE DIPARTIMENTO DEL FARMACO
Dott.ssa Ninfa Antonia Di Cara

Reunione a S. Cataldo